

Integració sanitària i social: mite o realitat?

Xavier Pérez Berruezo

Serveis de Salut Integrats Baix Empordà (SSIBE). Palamós.

Resum

L'atenció integrada és un dels majors reptes dels sistemes sanitaris i socials a nivell internacional. En les últimes dècades s'hi ha destinat molts esforços; tanmateix, no hi ha un bon nivell d'implementació de l'atenció integrada. Alguns dels factors necessaris per afavorir aquesta transformació són: un model de finançament no fraccionat per línies de provisió, el lideratge clínic, l'apoderament del pacient, uns sistemes d'informació integrats i una governança que impulsi el canvi. Les experiències locals i els programes "pilot" no són suficients per a garantir la transformació i calen estratègies generals disruptives per implementar de forma àmplia l'atenció integrada social i sanitària.

Introducció

En les últimes dues dècades, el concepte d'integració sanitària i social ha estat àmpliament utilitzat, tant en articles de revistes com en estudis de recerca, ponències, debats, etc. Si revisem els plans de salut o les estratègies sanitàries, tant nacionals com internacionals, podem constatar un alt interès d'institucions i organismes públics per incloure en la seva estratègia de govern, com una prioritat, la integració sanitària i social. Dins de l'àmbit més proper trobem l'estratègia, que es va iniciar al País Basc, de transformació del model sanitari, centrat en el pacient i orientat a donar resposta a la cronicitat, liderat per en Rafa Bengoa, qui va ser Conseller de Salut d'Osakidetza¹. A Catalunya, al final de la dècada de 1990 tenim uns primers antecedents d'anàlisi i proposta de models organitzatius orientats a la integració assistencial per part de Pere Ibern². Posteriorment, hi va haver el naixement de diverses organitzacions sanitàries integrades (OSI) així com l'experiència pilot de finançament capítatiu a Catalunya. L'aparició del Programa de prevenció i atenció a la cronicitat (PPAC) el 2011³

estableix com objectiu el desenvolupament d'un model d'atenció integrada social i sanitària. El PPAC és el precedent del que serà el Programa interdepartamental d'atenció i interacció social i sanitària (PIAISS). El PIAISS apareix amb l'objectiu de promoure la transformació del model d'atenció social i sanitària per tal de garantir una atenció integrada i centrada en les persones. Recentment, amb la revisió de 5 anys del PIAISS, el Govern ha aprovat el Pla d'atenció integrada social i sanitària (PAISS), que substitueix l'anterior i té l'objectiu de promoure l'autonomia personal i facilitar la permanència en l'entorn habitual i la inclusió social de persones grans i amb necessitats complexes.

En l'àmbit social hi ha poques experiències documentades. Destaca l'experiència del projecte col·laboratiu de la Garrotxa, impulsat pel Consorci Acció Social de la Garrotxa. Probablement, la gran fragmentació i l'heterogeneïtat en la prestació de serveis socials dificulta la implementació de models d'integració social i sanitària.

Tanmateix, no hi ha una correlació entre el nivell d'ús del concepte d'integració sanitària i social, l'elaboració de diferents plans i estratègies i el nivell d'implementació. Hi destaquen algunes experiències internacionals (habitualment limitades a una població, tipus de pacient o procés concret) i algunes experiències pilot en l'àmbit nacional que són més anècdotes que una veritable consolidació d'un model d'integració social i sanitària. Una de les principals dificultats pot recaure en que a data d'avui no disposem d'avaluacions sòlides de les experiències actuals, especialment per a un període llarg de temps, que ens ajudin a disposar d'un major grau d'evidència.

En aquest article d'opinió s'analitzen alguns elements clau que poden explicar la dificultat d'implementació d'un model d'integració social i sanitària, centrat en la persona i orientat a les seves necessitats.

Elements clau per a la integració social i sanitària

Avui en dia no podem parlar d'integració assistencial sense incloure els conceptes salut i social, atès que el creixement de pacients amb patologia crònica i necessitats socials és una realitat present en constant augment. L'atenció integrada pretén principalment millorar els resultats per a aquells pacients amb problemes i necessitats de salut cròniques i complexes, superant la fragmentació de la presta-

Correspondència: Xavier Pérez Berruezo
Serveis de Salut Integrats Baix Empordà (SSIBE)
C/ Hospital, 17-19
17230 Palamós
Tel. 973 609 229
Adreça electrònica: xperez@ssibe.cat

ció de serveis mitjançant la coordinació dels diferents nivells assistencials al llarg del continu assistencial.

Després de més de dues dècades treballant en diferents models per afavorir la integració assistencial estem encara lluny d'assolir un nivell satisfactori.

Un dels elements que dificulta l'anàlisi del grau d'atenció integrada és la seva pròpia definició. Des de la definició de Barbara Starfield, que l'entén com la capacitat dels serveis sanitaris per oferir sincronitzadament un objectiu assistencial comú sense que es produeixin desacords que perjudiquin el pacient, fins a la de Freeman, on s'estableix l'existència del responsable assistencial, de la longitudinalitat del seguiment en el temps, de la flexibilitat per adaptar-se als canvis personals i socials i, finalment, de la informació efectiva amb el pacient, els cuidadors i altres professionals. Més enllà de les diferents definicions, un dels punts que s'ha de tenir clar és que la integració assistencial s'ha d'entendre com un instrument, i no com una finalitat en si mateixa, orientat a millorar la salut de la població, la satisfacció dels usuaris i la màxima eficiència dels serveis prestats. La complexitat en la seva definició impacta clarament en la definició dels indicadors per a la seva avaluació.

Indicadors per a l'avaluació del nivell d'integració

La integració assistencial és percebuda per part de l'usuari com la continuïtat en el procés assistencial. Aquesta continuïtat assistencial s'associa a una major satisfacció dels usuaris, major qualitat de vida percebuda, més ús dels serveis preventius, més taxa d'adherència als medicaments i menys hospitalitzacions. Hi ha pocs estudis que es dediquin a analitzar aquests elements en un territori concret i en els diferents nivells assistencials i menys orientats a la visió de l'usuari; la majoria s'orienten a l'impacte econòmic⁴. Un dels instruments que disposem és el Qüestionari de continuïtat assistencial entre nivells d'atenció (CCAE-NA), validat a Catalunya⁵. Aquest qüestionari valora la continuïtat de relació, la continuïtat de la informació i la continuïtat en la gestió.

Altres estudis per avaluar la integració assistencial estan més orientats a mesurar el nivell d'hospitalitzacions evitables i com uns bons mecanismes de coordinació assistencial poden disminuir les hospitalitzacions en centres d'aguts⁶. En la nostra experiència d'organització sanitària integrada en els diferents nivells assistencials, Serveis de Salut Integrats Baix Empordà, vam estudiar l'impacte d'una estratègia integrada d'atenció a pacients crònics complexos, identificats a partir d'un model predictiu de consum de recursos sanitaris. Els resultats de l'estudi van mostrar una disminució relativa d'hospitalitzacions i un major nombre de visites en atenció primària en el grup d'intervenció, tot i que l'efectivitat marginal estava molt condicionada per la dinàmica

prèvia de gestió integrada, amb indicadors generals ja força positius abans de la intervenció⁷.

Per poder avançar en la continuïtat assistencial, i per tant en models d'integració sanitària i social, hem de poder mesurar amb indicadors qualitius i quantitius el seu impacte per poder avaluar les diferents estratègies i seleccionar les millors.

Factors clau per a la integració assistencial

La literatura publicada i les diferents experiències en models d'integració assistencial descriuen alguns factors facilitadors del canvi com elements clau per superar les barres per implementar models d'integració assistencial⁸. Els podem agrupar en cinc àrees: els models de finançament i sistemes d'incentius, el lideratge clínic, la participació i l'apoderament dels pacients, els sistemes d'informació i la governança.

El model de finançament ha de permetre impulsar la integració de diferents nivells assistencials i també entre diferents proveïdors. S'han de desenvolupar incentius que afavoreixin i reconeixin l'esforç dels models de coordinació assistencial; aquests han de ser transversals, per poder incloure tots els nivells assistencials, i han de ser mantinguts en un període llarg de temps (2-3 anys). Actualment disposem d'un model de finançament fraccionat en l'àmbit del sistema sanitari català. De forma sintètica, hi podem descriure un pagament *per capita* en l'atenció primària i un pagament per activitat en l'atenció hospitalària i sociosanitària. No existeixen objectius ni incentius orientats a reconèixer resultats de la integració assistencial o models que l'afavoreixin. Dificilment s'avançarà a un model d'integració si no anem a un sistema de pagament per procés i/o un finançament capitiu territorial que afavoreixi una orientació del procés centrada en el pacient i eficient (Figura 1). Les avaluacions parcials de l'experiència pilot iniciada a Catalunya en models de finançament capitiu territorials mostraven millors resultats en alguns indicadors, comparades amb zones control, i facilitaven l'orientació a una atenció més integrada; tanmateix, no es va realitzar un estudi complet dels anys d'aquesta experiència pilot que aportí un grau d'evidència suficient.

El lideratge clínic és un element necessari, que s'ha d'afavorir i dotar d'una visió multidisciplinària. Ens ha de permetre d'orientar la millor estratègia pels pacients en l'àmbit de la gestió clínic. Les organitzacions han de flexibilitzar-se per facilitar el treball i reconeixement d'aquests líders clínics i equips multidisciplinaris. Hem de poder superar organitzacions amb estructures excessivament jerarquitzades, on la dependència d'aquests equips està fraccionada amb diferents comandaments i amb una falta de visió conjunta del procés orientada al pacient.

La participació i l'apoderament del pacient és un dels elements de major consens. Algunes experiències, com el

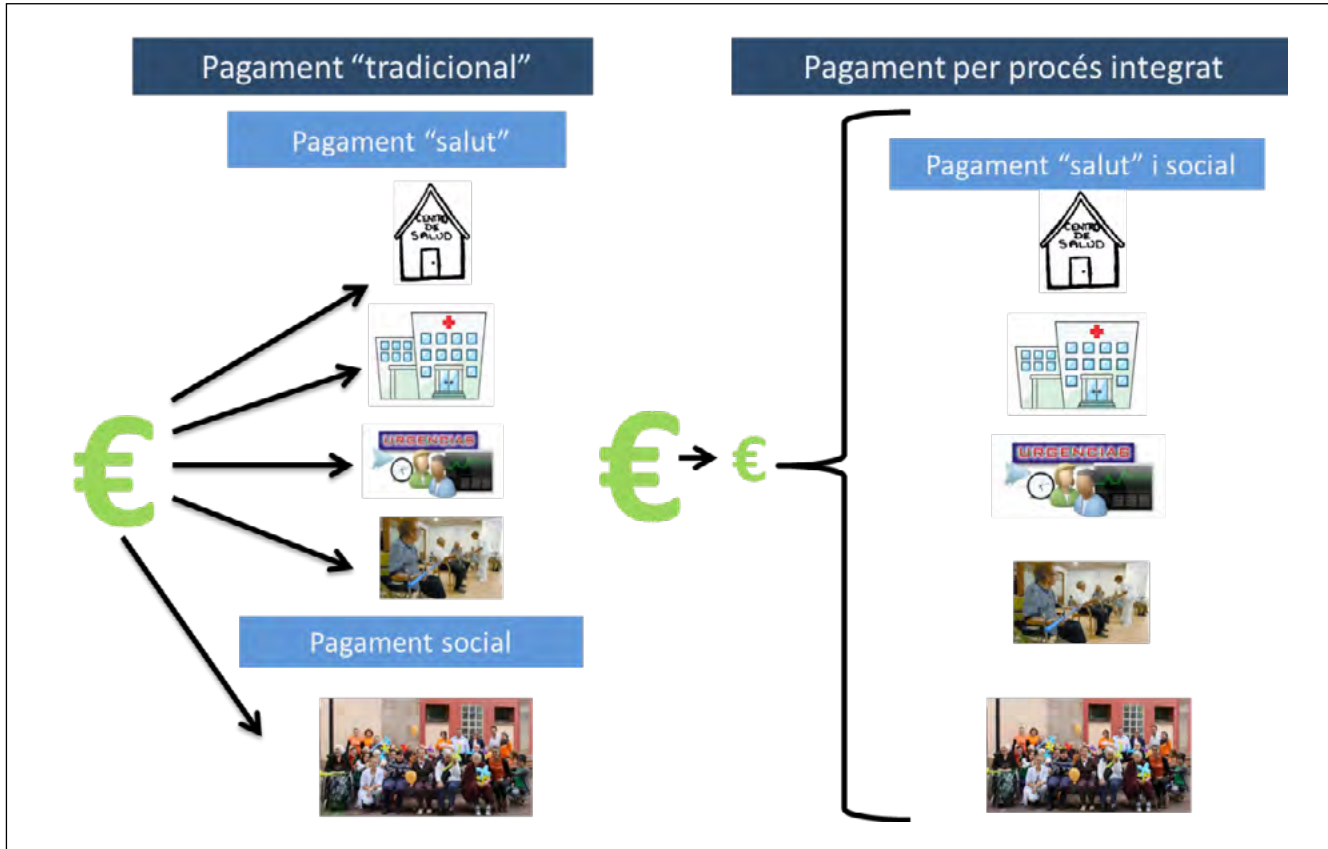


FIGURA 1. Models de pagament dels sistemes sanitaris i socials

“programa de pacient expert” o la incorporació de l’educació grupal, avancen en aquesta línia; tanmateix, encara estem lluny d’assolir uns bons resultats i es fa necessari un canvi de cultura dels professionals assistencials que afavoreixi la participació real dels pacients. Tímidament, les organitzacions han avançat una mica en la participació dels usuaris i pacients mitjançant la creació de consells de participació, on els pacients analitzen circuits i aporten la seva experiència i propostes de millora.

Als sistemes d’informació és probablement on s’ha destinat més recursos econòmics en els últims anys. Els antecedents del sistema sanitari català, partint d’un model de múltiple provisió i sense una definició d’estàndards durant molt anys, ha provocat una alta diversitat de sistemes i una difícil interoperativitat entre ells. L’esforç dels últims anys s’ha destinat a establir mecanismes per avançar en compartir i en disposar d’una única història clínica compartida. Actualment hi ha un alt nivell d’implementació de la integració de la informació en l’àmbit sanitari i recentment s’han fet algunes experiències en territoris concrets per dur a terme la incorporació d’algunes variables socials a la història clínica del pacient. Tanmateix, encara hi ha territoris on la diversitat de provisió, i per tant de sistemes d’informació, dificulta disposar d’una única història clínica amb dades sanitàries i socials. Podem consi-

derar que els sistemes d’informació integrats/compartits són condició necessària però no suficient per assolir un alt grau d’integració assistencial.

La governança ha d’establir-se com un element clau que defineixi l’estratègia, faciliti el treball dels proveïdors i posi l’usuari/pacient com a centre del sistema sanitari i social. Els pacients, els professionals i les organitzacions poden estar alineats per facilitar un sistema integrat i això probablement produirà algunes experiències pilot d’èxit. Però no pot ser aquest l’únic esforç i cal una aposta clara amb voluntat transformadora més enllà dels plans i documents escrits. Només un model de governança amb clara orientació i voluntat de canvi d’un model excessivament fraccionat generarà realment un model d’atenció integrat social i sanitari que doni resposta a les necessitats dels pacients.

Reflexions finals

La necessitat d’avançar i consolidar l’atenció integrada és cada vegada més imprescindible. La realitat de les “piràmides poblacionals”, amb un nombre creixent de pacients amb més d’una patologia crònica i necessitats socials, va més enllà de la voluntat dels governs, organitzacions i professionals, i obligarà a donar resposta a aquesta població.

La complexitat per definir indicadors per avaluar les diferents experiències dificulta l'aparició d'evidències. La major part d'estudis s'orienta a mesurar hospitalitzacions evitables o altres indicadors quantitius parcials i molt pocs en aspectes de percepció de part de l'usuari o en qualitat de vida. És important generalitzar l'ús d'instruments que facilitin un grau de coneixement del nivell d'integració.

Labordatge de l'atenció integrada per part dels responsables dels sistemes sanitari i social s'ha centrat en l'elaboració de documents, la definició d'objectius i l'anàlisi d'algunes experiències pilot, moltes de les quals s'han produït per iniciatives locals lligades a un lideratge assistencial. L'actualització o l'elaboració de nous plans no és suficient per provocar la transformació necessària; es requereix un canvi disruptiu. Les experiències pilot o els petits canvis organitzatius no són suficients per impulsar l'atenció integrada. Aquest canvi ha de venir provocat per una transformació real del sistema sanitari i social, amb un efecte multipalanca enèrgic i simultani de tots els agents.

En el context actual es requereix una estabilitat del Govern i un ampli pacte polític per poder provocar els canvis necessaris: una integració de l'àmbit sanitari i social presuposaria la definició de polítiques comunes, un canvi del sistema de pagament que no sigui per línies, una flexibilitat organitzativa i que es faciliti l'aparició i consolidació de lideratges clínics. Aquests elements han de permetre que la integració social i sanitària no sigui un mite i sí una realitat en un futur proper.

REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

1. Osakidetza, Gobierno Vasco. Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi. Julio 2010. Bilbao: Gobierno Vasco, Departamento de Sanitat y Consumo; 2010. Consultable a: https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/documentos_cronicos/eu_cronic/adjuntos/EstrategiaCronicidad.pdf. Accés el 14 d'octubre de 2019.
2. Ibern P, Calsina J. Más enllà de la separació de funcions: les organitzacions sanitàries integrades. Fulls Econòmics del Sistema Sanitari. 2001;35:17-20.
3. Programa de prevenció i atenció a la cronicitat: document conceptual. Versió 5.0 de 28 de febrer de 2012. Barcelona: Generalitat de Catalunya; 2012.
4. Nolte E, Pichtforth E. What is the evidence on the economic impacts of integrated care? European Observatory on Health System and Policies. Policy summary. Copenhagen: World Health Organization Regional Office For Europe; 2014. p. 11.
5. Aller Hernández MB, Vargas Lorenzo I, Sánchez-Pérez I, Henao Martínez D, Coderch de Lassaletta J, Llopart López JR et al. La continuidad asistencial entre niveles percibida por usuarios del sistema de salud en Cataluña. Rev Esp Salud Publica. 2010;84:371-87.
6. Barker I, Steventon A, Deeny SR. Association between continuity of care in general practice and hospital admissions for ambulatory care sensitive conditions: cross sectional study of routinely collected, person level data. BMJ. 2017;356:j84.
7. Coderch J, Pérez-Berruezo X, Sánchez-Pérez I, Sánchez E, Ibern P, Pérez M et al. Evaluación de la efectividad de un programa de atención integrada y proactiva en pacientes crónicos complejos. Gac Sanit. 2018;32(1):18-26.
8. World Health Organization Regional Office For Europe. The European Framework for Action on Integrated Health Services Delivery: an overview. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2016. Consultable a: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/health-services-delivery/publications/2016/the-european-framework-for-action-on-integrated-health-services-delivery-an-overview-2016>. Accés el 14 d'octubre de 2019.